

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	4270800404		
法人名	医療法人社団 昌徳会		
事業所名	グループホームかもめ		
所在地	〒859-4752 長崎県松浦市御厨町里免893番地		
自己評価作成日	平成30年9月3日	評価結果市町村受理日	平成30年11月28日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/42/index.php?action=kouhyou_detail_2017_022_kani=true&JigyosyoCd=4270800404-00&PrefCd=42&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 医療・福祉ネットワークせいわ	
所在地	〒840-0015 佐賀県佐賀市木原二丁目6番5号	
訪問調査日	平成30年10月19日	

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

①ゆったりとした家庭的な雰囲気の中で自分らしく暮らしていただけるようご家族様と共に支えていくことが大切だと考えます。
今持っている力を十分に発揮してもらい出来る事への喜びと自信を持っていただきたい。そのために個々の力を十分に知り、その人に合った支援を行うことで自立への手助けをしていきたい。
②地域の人々に愛される施設作りを目指しています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

グループホームかもめは、その名の通りカモメが飛んでくる海辺に位置しています。2ユニットからなるホームは2階建てで、屋上からは山側の桜並木や反対側の海側では広大で美しい御厨湾が見渡せ、360度の自然豊かな風が感じることが出来ます。春には屋上で、利用者全員が手作りお弁当を食べながら花見をするなど、四季折々の楽しみがあります。
母体の病院は24時間体制で、歩いて行ける距離に位置し、緊急時も迅速に連携が図られ、利用者や家族は安心して医療を受けることができます。
ホームが開設して13年が経ち、近隣住民との関係も良好で、相談の依頼や敬老の日には饅頭を配られるなど、積極的な交流が継続されています。運営推進会議では各委員の出席のほか、近隣の同業者の施設からの参加も多く、それぞれ悩んでいることや現在の問題点を包み隠さず話し合い、情報を共有し合い、実践に繋げるなど有意義な会議が実施されています。
ホームの理念には目指す6項目の暮らしを掲げられていますが、その中で最も大切にされてる事として、一人ひとりの残存機能や能力を最大限引き出すことです。本人ができることは時間を掛けながらも自分で成し遂げられるよう支援を行い、できるという喜びと達成感を感じてもらうことで、次への意欲から自立支援へと繋げていくことの大切さを管理者が中心となって伝え、全職員で日々の支援に取り組まれています。

(別紙2-2)

自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事務所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	・いつでも誰でも見れる玄関入口と事務所に掲示。月1回スタッフ会議を実施し、会議前に全員で唱和し周知確認している。	理念は、開設当初から現在も大切な目標として掲げられています。個々の能力を見出しながら、できる事は自分でしてもらい、できる喜びを感じてもらう事を大切に考えられています。会議では日々のケアが理念に沿っているか、全職員が振り返りながら取り組まれています。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	・自治会に加入し、日頃より地域の方とは気軽に関わり、会話を多く持つよう全員心掛け、ホーム内行事には、声かけをし来所をお願いしている。 ・地域高齢者の悩み相談を受ける事もある。	これまで培ってきた繋がりが現在も継続され、お裾分けをする間柄から悩み相談を受けられる事もあり、地域に根付いたホームであるのが確認できます。敬老の日には地区の高齢者に紅白饅頭を配るなど積極的な交流をはじめ、地元のお祭りではホームの庭に大勢の人が来訪され、利用者も一緒に楽しまれています。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	・情報誌として入居者の生活の様子を定期的に「かもめだより」を発行している。 ・職場体験者や施設訪問などは積極的に受け入れている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	・2ヶ月に1度実施し、多職種の方の出席により、貴重な意見、アドバイスを頂き、サービスの向上に活かしている。 又、他施設の会議にも積極的に参加し意見交換や情報交換を行っている。	定期的に会議を開催され、市や地区の代表者・ご家族のほか近隣の事業所からの参加もあり、積極的な意見などが交わされています。よりよい話し合いをするため、毎回具体的なテーマを掲げることで、体験談や多職種の視点からのアドバイスや意見交換ができ、サービス向上に向けた取組みに生かされています。	
5	(4)	○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	・疑問や問題が発生した場合は直接問い合わせたり、運営推進会議で取り上げ話し合いをしている。解決できない内容は市の担当者が持ち帰り、後日説明を受けている。	運営推進会議以外でも、分からないことや困った時には電話連絡や来訪またはファックスなどでやり取りを行うなど、迅速に対応され協力体制が構築されています。市主催の研修にも積極的に参加され、顔なじみの関係から相談しやすい環境を築かれています。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	・身体拘束委員会発足(23.5~) 3~4ヶ月毎に会議を行い、現状報告、見直しを行っていたが、H30年度より3ヶ月毎に行っている。 ・内容はスタッフ会議で報告している。	身体拘束委員会による会議を定期的の実施され、全職員が交代で取り組まれ、身体拘束の意義や事案についての会議が行われています。転倒の危険性や体調上やむを得ず拘束行為を行う場合は、事前にご家族の同意や定期的な見直し、または、妥当性の検証を随時行われています。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	・高齢者虐待に関する研修会には、積極的に参加するようにしている。マスコミで取り上げられた事例等を取り上げ検討会を開いている。声掛けや言葉遣いはお互いに注意し合っている。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	・機会があれば、積極的に研修会に参加し、パンフレット等を活用し、学習。必要時は包括支援センターへ相談するよう心掛けているが、今までに、成年後見制度の利用はない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	・契約時には質問を受けながら時間をかけて丁寧に説明し、十分に理解、納得をしていただき同意書を徴収している。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	・意見箱を玄関に設置している。家族の面会時は必ず会話の時間をつくり、意見、要望を尋ねている。また、必要時は直接電話で聴く様にしている。	・家族の面会の時は、積極的に話を聴くようにされています。ひな祭りや夏祭りの行事には、ご家族にも声を掛け、一緒に昼食会を開かれています。普段食べている食事をしながら親睦を深め、ホームの様子や取り組んでいる状況などを話され、何げない会話から家族の思いや要望を聞く機会として努められています。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	・毎月1回スタッフ会議を開催し、意見を出し合い、その後代表者に意見や要望等を伝え、回答を伝えている。	・定期的なスタッフ会議では意見や要望などを話し合い、職員の提案により実際に物品購入まで至ったケースもあります。現場の意見を大切に考えられ、全体会議の他、個人でも相談や悩み事など積極的に聴く姿勢で、管理者は職員が働きやすい環境であることに努められています。	・スタッフ会議や個人的にも職員の意見を話す機会が設けられていますが、今後の人材育成や確保に繋げていく為にも、個人面談など法人全体で考えられ、意見や希望を聞く機会を設けられることを推奨します。
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	・院内外の研修会、行事などのボランティア参加者名簿を作り、半年毎に代表者に報告し実績評価資料にしてもらっている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	<ul style="list-style-type: none"> 各職員の力量を把握し、研修参加支援を行っている。資格取得に関しては積極的に応援している。 平成28年度 介護福祉士合格者1名 平成29年度 介護福祉士合格者1名 		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	<ul style="list-style-type: none"> 運営推進会議には市内グループホームより、参加してもらい活発な意見交換が出来ており、サービスの向上に努めている。 3施設の運営推進会議に出席している。 		
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	<ul style="list-style-type: none"> 本人の訴え、困り事を十分に聴き、一緒に向き合い解決する様に努めている。 		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	<ul style="list-style-type: none"> 入所に至る経緯について詳しく聴き、本人、家族が何をこまっているのか、どうしてほしいのかを一緒に考え、解決の方法を決めている。 可能な場合は、入所前訪問をし、面識を作っている。 		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	<ul style="list-style-type: none"> 本人及び家族の意見をよく聴き、可能な限り柔軟な対応に努めている。 		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の方と一緒に作業することで学ぶ事も多く、良好な関係を保つ事が出来ている。 個別に会話の時間を多く取り、気持ちを知らるよう努めている。 		

自己	外部	項目	自己評価		外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容	
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	・面会が少なかったり、遠方の家族や帰宅願望が強い時などは電話で話しをしてもらっている。又、来所時は写真を見て頂き、日常の様子を伝えている。 ・贈り物があった場合はかならず連絡を入れ、直接話してもらっている。			
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	・床屋や美容室は馴染みの店を利用。要望があれば、墓参りなどにも同行している。 ・地域行事に参加し昔馴染みの方と会話ができる様努めている。	・地元の祭りや行事参加には近隣の人々も来られる為、知人や友人などの交流が継続されています。また利用者の要望に応じて、墓参りや行きつけの美容室へ等連れて行かれています。また、家族の協力のもと、これまでの関係性が途切れないよう支援されています。		
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	・元気な方はよく、車イス生活の方に対し声かけや手助けをされている。高齢者に対して優しく接しておられる。 ・食事、お茶、レクリエーションなどお互い誘い合っでフロアに集まってもらっている。			
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	・入院や他の施設に移っても面会に出かけている。又、死亡された場合は葬儀に参列し、初盆参りまで行くようにしている。			
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント						
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	・利用者の意向を最優先に考え対応している。又、強制的な声かけにならないように努めている。 ・困難時には家族に相談し話し合いの場を作っている。	・普段、会話から意向や願いを聴き取り、家族からも情報を得ながら、申し送りノートや記録から全職員で共有されています。生活歴からこだわりや習慣などの把握に努め、管理者は日頃から認知症ケアの手法を職員と話し合い、意思表示が困難な方に対しては、表情や仕草から、思いの把握に繋がられています。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	・入所時は居宅ケアマネ、医療機関からのサマリー及び家族からの情報で把握に努めている。又、入所前訪問をし、面識を取るようにしている。			

自己	外部	項目	自己評価		外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容	
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	・一人ひとり自由に暮らしてもらっており、就寝、食事等利用者に時間割はない。又、生活チェック表等を参考に心身の些細な変化も見逃さないように努めている。			
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	・月に1回ケア会議を開き担当スタッフが情報を出し合い意見を聞き介護計画に活かすようにしている。モニタリングは月1回行っている。	本人・家族の要望や意見が反映された介護計画書が確認できます。月1回のスタッフ会議では、直接関わるスタッフの意見や情報を大切に考えられ、支援内容に取り入れ作成されています。月1回定期的に居室担当者がモニタリングを実施し、利用者の現状に即した内容か否か検討しながら見直しを図られています。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	・生活記録、連絡帳、生活チェック表を利用し個別に記録し情報を共有しながら実践し介護に活かしている。			
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	・要望に応じて出来る範囲内の支援は行う様にしている。 (例)帰宅、墓参り、買い物、利用、美容室、ドライブ等			
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	・市が行っている介護予防事業所へ出かけ他の高齢者との交流を持つようにしている(元気カフェ)			
30	(11)	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	・基本的にはかかりつけ医で受診してもらっている。又、受診や通院は家族同行としているが、定期受診については家族の同意を得てスタッフが通院支援を行い、結果を家族に報告している。	法人母体の協力医が掛かりつけ医となっていますが、希望する病院の受診も可能です。初診時は家族同行が基本とされ、その他検査時は家族と職員が同行されています。歩いて行ける距離に協力病院がある為、定期的な受診の他、緊急時など24時間体制で連携されており、利用者・家族が安心して医療が受けられます。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	・情報の共有の為に、連絡帳、生活記録用紙、熱計表、4検表、血圧チェック表を作成し、異常の早期発見に努めている。 ・看護職員が必要に応じ、医療機関へ報告し、指示を受けている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に病院関係者との関係づくりを行っている	・入院時は介護サマリーを提供、入院中は頻繁に訪問し説明を受けている。治療経過、生活状況なども電話で家族に状況報告している。 洗濯は毎日施設で行っている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	・入所時に看取り看護について説明を行っているが、最終的には家族、主治医により、本人にとって最善と思われる方向を慎重に話し合い、その話し合いの結果で方針を決定するようにしている。今までに当施設での看取りはない。	入所時、家族にホームの現状を踏まえ看取りの受け入れ体制についての説明と同意が交わされています。身体の変化に応じて家族と主治医とで段階的に話し合い、ケア方針を決め、食事が取れにくくなった時点で食事形態を変えていくなど、ホームでの暮らしが継続できる限度まで病院と連携しながら全職員で取り組まれています。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	・救急マニュアルを作成し、対処出来る様になっている。又、消防職員による救急蘇生法、応急処置法の指導、実演を受けている。(年1回) H30. 7.20実施済		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を日常的に防火管理及び消火、避難訓練等を実施することにより、全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。 また、火災等を未然に防ぐための対策をしている。	・防災対策計画、災害対策、原子力災害避難対策を作成。備蓄品の確保、ハザードマップを玄関入口に掲示している。 ・消防設備自主点検表を用い、項目ごとにチェックしている。(3ヶ月毎)	夜間に火災を想定した避難訓練を実施されるなど、定期的に訓練が行われています。煙体験や2階の非常階段からの避難を利用者と共に訓練され、問題点や改善策など全職員が理解し話し合われています。また、災害時に備えて数カ所の避難場所へ、実際に車で避難した場合の時間など誰にでも分かりやすく掲示されています。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	・入室時は必ずノック、声かけをして入っている。特に排泄失敗時の対応には注意を払っている。日常の声かけは名前を呼んでいる。 ・接遇マナーの研修会参加。	入居前から利用者一人ひとりの性格や生活リズムの把握に努められています。例えば食事の時間帯やその方のペースをなるべく崩さないよう、日常生活の支援に繋がられています。排泄で失敗された時などは、言っただけいけない禁句言葉を全職員に周知し、自尊心を傷つけないよう言葉の掛け方や対応を工夫されています。	

自己	外部	項目	自己評価		外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	・不穏な言動がある場合はゆったりした気持ちで向き合えるようにしている。又、意志疎通が困難な方には表情の変化を見て対応している。 ・日ごろよりコミュニケーションを取るよう心掛けている。			
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	・個人の要望を第一に支援している。時間割のない自由な生活を送ってもらっている。			
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	・個人が望まれる暮らしを支援している。服装は本人のお気に入りを着てもらい、押し付けにならない様になっている。特別な日は化粧をしてあげている。 ・美容室は行きつけを利用しているが、職員がカットする事もある。 ・爪、髪はこまめにチェックしている。			
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	・出来るだけ旬のものを提供している。体力、能力に合わせて材料の下ごしらえ、後片付けと一緒にすることもあり、利用者には出来る事をしてもらっている。	・行事では折詰風に提供する等、特別感を感じられるよう工夫されています。個々の能力に合わせて下ごしらえや、食事の片付けをお願いしたり、利用者と職員と一緒に楽しく餃子等を作られています。		
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	・食事量確認の為、チェック表をりようしている。管理栄養士に献立をチェック、アドバイスもらっている。嚥下に問題がある方には加工、偏食がある方には別メニューで対応している。 ・夜間飲水が必要な方にはこまめに支援している。			
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	・毎食後、口腔ケアの実施、声かけを行い、出来ない方には介助を実施するなど個人に合った方法をとっている。 ・定期的に入れ歯洗浄剤を使い、洗浄。 ・個人に合ったブラシの選択。			

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	<ul style="list-style-type: none"> ・個別に時間を見て、声かけをトイレやP-トイレに誘導している。尿便意が無い方や体力的に問題がある方にはオムツを使用している。 ・出来るだけオムツは外し、リハビリパンツを使用するようにしている。 ・掴まり立ちが可能であれば、トイレ介助を心掛けている。 	一人ひとりの排泄間隔を把握に努め、時間を見ながら声を掛ける等トイレ介助をされています。オムツ使用者でも、尿意ある時はトイレでの排泄を促し、急がせず段階的に支援されています。間に合わず落ち込まれている時は励まし合い、排泄に繋がった時は一緒に喜び、できた喜びを次の自信へと繋げられています。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄チェック表を使い、全スタッフが確認できるようにしている、食物繊維の多い食材を使い、体操、レクレーションへの参加を促している。必要時には主治医に相談し薬を使用している。 		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	<ul style="list-style-type: none"> ・浴室内の温度を調節し、お湯の温度は個人の好みに合わせている。冬場は脱衣場との温度差をなくし入浴してもらっている。入浴拒否の方に対しては間を置き、声かけするか無理強せず足浴だけ行い様子を見ることもある。 	基本週2回の入浴ですが、皮膚の湿疹や清潔に保つ必要がある方は3回入浴されています。また希望者に対しても入浴は可能で、菖蒲湯など季節風呂の楽しみもあります。不自由な方は職員2名体制で安全に対応されています。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	<ul style="list-style-type: none"> ・基本、個人の生活習慣に合わせた過ごし方をしてもらっているが、不穏が強い場合は一緒に過ごすようにしている。睡眠薬は出来るだけ使用しないようにし、減量に努めている。 		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	<ul style="list-style-type: none"> ・薬が出たら、薬事情報紙を個別に綴じ、誰でも見られるようにしている。特に副作用について注意している。 ・薬を渡す際は日付と名前を声に出して、渡している。 		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	<ul style="list-style-type: none"> ・能力に合った手伝いをお願いし、希望があれば外出に同行している。買い物は自分で支払い出来る様支援している。 		

自己	外部	項目	自己評価		外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容	
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	・希望があれば、出来る限り添うようにしている。帰宅希望がある場合は家族と連絡を取り合い出かけている。 ・地域の方と出かけることはほとんどない。	天気が良ければ近所まで散歩に出掛けられ、外庭にある椅子に座って外気浴を楽しまれています。個別でも希望があれば買い物や戸外に出る支援をされています。また、季節毎に花見やバスハイクなどを企画し、手作り弁当を持って出かけるなど利用者にも大変好評です。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	・小銭で小遣い程度の額は自己管理してもらっている。又、買い物に出かけた時は自分で支払い出来る様支援している。			
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	・希望があれば、その都度電話をして直接はなしてもらっている。家族には出来るだけ電話やハガキ等を出してもらえるようお願いしている。 ・家族の希望で携帯電話を所持の方もいる。			
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	・施設内には季節感を出す為に花や季節に合わせたカレンダー等の作品を置いている。 ・毎日、気温・湿度をチェックしている。 ・外庭に出て、気分をかえられるよう花壇を作り椅子を設置している。	外庭には利用者がくつろげるよう椅子を配置され、季節の移り変わりが感じられる憩いの場所となっています。各フロアからは海が眺められ、生活の大半を過ごす共用空間には、ゆったり思い思いの場所で過ごせるようにソファや畳の部屋もあります。換気や掃除なども行き届き不快な臭いが出ないよう工夫され清潔に保たれています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	・玄関前に長椅子を設置し、地域の方とも自由に交流されている。			
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	・テレビ、テーブル、位牌、ソファなど、日頃使い慣れた物、大切にされている物を自由に持ち込んでもらっている。 ・壁には家族写真等、自由に貼られている。	使い慣れた家具や大切にされている物は積極的に持ち込んで頂いています。また、利用者の動線に考慮してベッドなどが配置されています。また身体上居室で過ごす時間が長い方は、ホーム全体が見渡せ、人に行き交いや生活感が感じられるよう居室の場所にも配慮されています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	・自分の部屋、トイレなど迷われないよう、目印をしているが、見守りを基本としている。 ・車椅子生活者が多く自走中に事故がないよう、環境整備と見守りに努めている。		

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します					
項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員と一緒にゆったりと過ごす場面がある	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている	○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、活き活きと働いている	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない			

(別紙2-2)

自己評価および外部評価結果

自 己	外 部	項 目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I.理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事務所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	・いつでも誰でも見れる玄関入口と事務所に掲示。月1回スタッフ会議を実施し、会議前に全員で唱和し周知確認している。		
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	・自治会に加入し、日頃より地域の方とは気軽に関わり、会話を多く持つよう全員心掛け、地域行事にはできるだけ参加する様にしている。ホーム内行事には、声かけをし来所をお願いしている。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	・情報誌として入居者の生活の様子を定期的に「かもめだより」を発行している。 ・職場体験者や施設訪問などは積極的に受け入れている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	・2ヶ月に1度実施し、多職種の方の出席により、貴重な意見、アドバイスを頂き、サービスの向上に活かしている。 又、他施設の会議にも積極的に参加し意見交換や情報交換を行っている。		
5	(4)	○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	・疑問や問題が発生した場合は直接問い合わせたり、運営推進会議で取り上げ話し合いをしている。解決できない内容は市の担当者が持ち帰り、後日説明を受けている。		
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	・身体拘束委員会発足(23.5~) 3~4ヶ月毎に会議を行い、現状報告、見直しを行っていたが、H30年度より3ヶ月毎に行っている。 ・内容はスタッフ会議で報告している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	・高齢者虐待に関する研修会には、積極的に参加するようにしている。マスコミで取り上げられた事例等を取り上げ検討会を開いている。声掛けや言葉遣いはお互いに注意し合っている。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	・機会があれば、積極的に研修会に参加し、パンフレット等を活用し、学習。必要時は包括支援センターへ相談するよう心掛けているが、今までに、成年後見制度の利用はない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	・契約時には質問を受けながら時間をかけて丁寧に説明し、十分に理解、納得をしていただき同意書を徴収している。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	・意見箱を玄関に設置している。家族の面会時は必ず会話の時間をつくり、意見、要望を尋ねている。また、必要時は直接電話で聴く様になっている。		
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	・毎月1回スタッフ会議を開催し、意見を出し合い、その後代表者に池にや要望等を伝え、回答を伝えている。		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	・院内外の研修会、行事などのボランティア参加者名簿を作り、半年毎に代表者に報告し実績評価資料にしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	・各職員の力量を把握し、研修参加支援を行っている。資格取得に関しては積極的に応援している。 ・平成28年度 介護福祉士合格者1名 ・平成29年度 介護福祉士合格者1名		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	・運営推進会議には市内グループホームより、参加してもらい活発な意見交換が出来ており、サービスの向上に努めている。 ・3施設の運営推進会議に出席している。		
II.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	・本人の訴え、困り事を十分に聴き、一緒に向き合い解決する様に努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	・入所に至る経緯について詳しく聴き、本人、家族が何をこままっているのか、どうしてほしいのかを一緒に考え、解決の方法を決めている。 ・可能な場合は、入所前訪問をし、面識を作っている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	・本人及び家族の意見をよく聴き、可能な限り柔軟な対応に努めている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	・利用者の方と一緒に作業することで学ぶ事も多く、良好な関係を保つ事が出来ている。 ・個別に会話の時間を多く取り、気持ちを知るように努めている。		

自己	外部	項目	自己評価		外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容	
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	・面会が少なかったり、遠方の家族や帰宅願望が強い時などは電話で話しをしてもらっている。又、来所時は写真を見て頂き、日常の様子を伝えている。 ・贈り物があった場合はかならず連絡を入れ、直接話してもらっている。			
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	・床屋や美容室は馴染みの店を利用。要望があれば、墓参りなどにも同行している。 ・スーパーへ買い出しに一緒に出掛けたり、外出、外泊はいつでも可能な体制を取っている。必要時は自宅へ同行する事もある。			
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	・元気な方はよく、車イス生活の方に対し声かけや手助けをされている。高齢者に対して優しく接しておられる。 ・食事、お茶、レクレーションなどお互い誘い合っ てフロアに集まられている。			
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	・入院や他の施設に移っても面会に出かけている。又、死亡された場合は葬儀に参列し、初盆参りまで行くようにしている。			
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント						
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	・利用者の意向を最優先に考え対応している。又、強制的な声かけにならないように努めている。 ・困難時には家族に相談し話し合いの場を作っている。			
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	・入所時は居宅ケアマネ、医療機関からのサマ リー及び家族からの情報で把握に努めている。 又、入所前訪問をし、面識を取るようにしている。			

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	・一人ひとり自由に暮らしてもらっており、就寝、食事等利用者に時間割はない。又、生活チェック表等を参考に心身の些細な変化も見逃さないように努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	・月に1回ケア会議を開き担当スタッフが情報を出し検討会を開き情報交換を行い介護計画に活かすようにしている。モニタリングは月1回行っている。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	・生活記録、連絡帳、生活チェック表を利用し個別に記録し情報を共有しながら実践し介護に活かしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々にも生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	・要望に応じて出来る範囲内の支援は行う様にしている。 (例)帰宅、墓参り、買い物、利用、美容室、ドライブ		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	・市が行っている介護予防事業所へ出かけ他の高齢者との交流を持つようにしている(元気カフェ)		
30	(11)	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	・基本的にはかかりつけ医で受診してもらっている。又、受診や通院は家族同行としているが、定期受診については家族の同意を得てスタッフが通院支援を行い、結果を家族に報告している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	・情報の共有の為に、連絡帳、生活記録用紙、熱計表、4検表、血圧チェック表を作成し、異常の早期発見に努めている。 ・看護職員が必要に応じ、医療機関へ報告し、指示を受けている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に病院関係者との関係づくりを行っている	・入院時は介護サマリーを提供、入院中は頻繁に訪問し説明を受けている。治療経過、生活状況なども電話で家族に状況報告している。 洗濯は毎日施設で行っている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	・入所時に看取り看護について説明を行っているが、最終的には家族、主治医により、本人にとって最善と思われる方向を慎重に話し合い、その話し合いの結果で方針を決定するようにしている。今までに当施設での看取りはない。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	・救急マニュアルを作成し、対処出来る様にしている。又、消防職員による救急蘇生法、応急救置法の指導、実演を受けている。(年1回) H30. 7.20実施		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を日常的に防火管理及び消火、避難訓練等を実施することにより、全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。 また、火災等を未然に防ぐための対策をしている。	・防災対策計画、災害対策、原子力災害避難対策を作成。備蓄品の確保、ハザードマップを玄関入口に掲示している。 ・消防設備自主点検表を用い、項目ごとにチェックしている。(3ヶ月毎)		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	・入室時は必ずノック、声かけをして入っている。特に排泄失敗時の対応には注意を払っている。日常の声かけは名前を呼んでいる。 ・接遇マナーの研修会参加。 ・排泄失敗時は速やかに片付け、他利用者に分からない様にしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	・不穏な言動がある場合はゆったりした気持ちで向き合えるようにしている。又、意志疎通が困難な方には表情の変化を見て対応している。 ・日ごろよりコミュニケーションを取るよう心掛けている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	・個人の要望を第一に支援している。時間割のない自由な生活を送ってもらっている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	・個人が望まれる暮らしを支援している。服装は本人のお気に入りを着てもらい、押し付けにならない様になっている。特別な日は化粧をしてあげている。 ・美容室は行きつけを利用しているが、職員がカットする事もある。 ・爪、髪はこまめにチェックしている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	・出来るだけ旬のものを提供している。たいりよく、能力に合わせ材料の下ごしらえ、後片付けを一緒にすることもあり、利用者には出来る事をしてもらっている。		
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	・食事量確認の為、チェック表をりようしている。管理栄養士に献立をチェック、アドバイスをもらっている。嚥下に問題がある方には加工、偏食がある方には別メニューで対応している。 ・夜間飲水が必要な方にはこまめに支援している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	・毎食後、口腔ケアの実施、声かけを行い、出来ない方には介助を実施するなど個人に合った方法をとっている。 ・定期的に入れ歯洗浄剤を使い、洗浄。 ・個人に合ったブラシの選択。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	・個別に時間を見て、声かけをトイレやP-トイレに誘導している。尿便意が無い方や体力的に問題がある方にはオムツを使用している。 ・出来るだけオムツは外すようにしている。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	・排泄チェック表を使い、全スタッフが確認できるようにしている、食物繊維の多い食材を使い、体操、レクレーションへの参加を促している。必要時には主治医に相談し薬を使用している。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	・浴室内の温度を調節し、お湯の温度は個人の好みに合わせている。冬場は脱衣場との温度差をなくし入浴してもらっている。入浴拒否の方に対しては間を置き、声かけするか無理強いせず足浴だけ行い様子を見ることもある。		
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	・基本、個人の生活習慣に合わせた過ごし方をしてもらっているが、不穏が強い場合は一緒に過ごすようにしている。睡眠薬は出来るだけ使用しないようにし、減量に努めている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	・薬が出たら、薬事情報紙を個別に綴じ、誰でも見られるようにしている。特に副作用について注意している。 ・薬を渡す際は日付と名前を声に出して、渡している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	・能力に合った手伝いをお願いし、希望があれば外出に同行している。買い物は自分で支払い出来る様支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	・希望があれば、出来る限り添うようにしている。帰宅希望がある場合は家族と連絡を取り合い出かけている。 ・家族、地域の方と出かけることはほとんどない。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	・小銭で小遣い程度の額は自己管理してもらっている。又、買い物に出かけた時は自分で支払い出来る様支援している。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	・希望があれば、その都度電話をして直接はなしてもらっている。家族には出来るだけ電話やハガキ等を出してもらえようお願いしている。 ・家族の希望で携帯電話を所持の方もいる。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	・施設内には季節感を出す為に花や季節に合わせたカレンダー等の作品を置いている。 ・毎日、気温・湿度をチェックしている。 ・外庭に出て、気分をかえられるよう花壇を作り椅子を設置している。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	・玄関前に長椅子を設置し、地域の方とも自由に交流されている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのもをを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	・テレビ、テーブル、位牌、ソファなど、日頃使い慣れた物、大切にされている物を自由に持ち込んでもらっている。 ・壁には家族写真等、自由に貼られている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	・自分の部屋、トイレなど迷われないよう、目印をしているが、見守りを基本としている。 ・車椅子生活者が多く自走中に事故がないよう、環境整備と見守りに努めている。		

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します					
項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる ○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている ○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員と一緒にゆったりと過ごす場面がある ○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている ○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている ○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がり深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている ○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている ○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働けている ○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている ○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う ○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている ○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う ○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている ○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない			